

Fondo de Empleados Allianz

SOLICITUD DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

Fondo de Empleados Allianz Nit. 860.006.607-8

Fecha de Actualización

1.INFORMACIÓN EXCLUSIVA DEL ASOCIADO

Tipo de Documento

C.C.☐ T.I.☐ C.E.☐ P.A.☐ R.C.☐

No. de documento

Fecha de Expedición

Lugar de Expedición

Tipo de Persona:

Natural☐ Jurídica☐

Fecha de Nacimiento/Constitución

Ciudad de Nacimiento/Constitución

País de Nacimiento /Constitución

Nombre Completo

Información que desea actualizar (Favor marcar con una X la información que desea actualizar)

Información Básica Personal☐

Información de Correspondencia☐

Información Financiera☐

Autorización de Descuento de Nómina☐

2.INFORMACIÓN BÁSICA PERSONAL

Estado Civil

Soltero☐ Separado☐ Viudo☐ Casado☐ Unión Libre☐

Actividad Económica

Empleado☐ Independiente☐ Militar☐ Rentista☐ Estudiante☐ Pensionado☐ Otro☐

Nivel de Estudios

Bachiller☐ Pregrado☐ Posgrado☐ Otro☐

Información PEP (Persona expuesta públicamente)

Declaro Que: Por su cargo o actividad ¿maneja recursos públicos? Si☐ No☐

¿Existe algún vínculo entre Ud. y una persona públicamente expuesta? Si☐ No☐

Por su actividad u oficio, ¿Goza usted de reconocimiento público general? Si☐ No☐

¿Posee o ejerce algún grado de poder público? Si☐ No☐

Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifique:

3.INFORMACIÓN DE LOCALIZACIÓN Y CORRESPONDENCIA

Residencia

Dirección

Departamento

Ciudad

Barrio

Teléfono fijo

Celular

Correo electrónico

Envío de correspondencia

Electrónico☐ Físico☐ No enviar☐

Comercial/Empleador

Razón Social

Tipo de Empresa

Pública☐ Privada☐ Mixta☐

Código CIU del Solicitante

Fecha de Vinculación

Cargo Actual/Actividad u oficio

Nit

Dirección

Ciudad

Departamento

Barrio

Teléfono Fijo

Celular

Correo Electrónico

4.INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingresos Mensuales

\$

Egresos Mensuales

\$

Total de Activos

\$

Total Pasivos

\$

Patrimonio

\$

Origen de los Ingresos

Otros Ingresos

\$

Concepto de Otros Ingresos

6. AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO POR NÓMINA

Autorizo a Allianz Seguros de Vida S.A. para que descuento de mi salario el % mensual, con destino al Fondo de empleados del Grupo Colseguros y sus Filiales, para conformar mi base de ahorros (artículo 44 Estatuto Vigente)

7. HIJOS MENORES DE 12 AÑOS

Nombres y Apellidos

Género

Fecha de Nacimiento

7. FIRMA DEL ASOCIADO

AUTORIZACIÓN INFORMADA PARA DATOS DE MENORES DE EDAD. De conformidad con lo previsto en la Ley Estatutaria 1581 de 2012, “Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales”, y con el Decreto 1377 de 2013, “Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 1581 de 2012”, autorizo, en calidad de representante legal del menor en mención, que los datos incluidos en este documento y/o formulario sean incorporados a una base de datos responsabilidad del FONDO DE EMPLEADOS DEL GRUPO COLSEGUROS Y SUS FILIALES, para que sean tratados con la finalidad de realizar las diferentes Actividades en pro del Bienestar de los Asociados y sus Familias.

De igual modo, declaro haber sido informado sobre la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre estos datos, mediante escrito dirigido al FONDO DE EMPLEADOS DEL GRUPO COLSEGUROS Y SUS FILIALES a la dirección de correo electrónico fondocolseguros@hotmail.com, indicando en el asunto, el derecho que desea ejercitar; o mediante correo ordinario remitido a la dirección Carrera 13A No.29 24 piso 11 Norte Torre Allianz de la ciudad de Bogotá D.C.

1. TRATAMIENTO DE DATOS FINANCIEROS: Autorizo de manera permanente e irrevocable al Fondo de Empleados del Grupo Colseguros y sus Filiales - FONCOLSEGUROS en mi calidad de Asociado, para que con fines estadísticos procesen, conserven, verifiquen, consulten, suministren, reporten o actualicen cualquier información de caracter financiera o crediticia a los operadores de bancos de datos que estimen conveniente, en los términos y durante el tiempo que la Ley establezca, desde el momento mismo en que comience la relación con Foncolseguros. 2. FINALIDAD TRATAMIENTO DE DATOS FINANCIEROS: Autorizo de manera expresa a FONCOLSEGUROS en mi calidad de Asociado, deudor o contraparte contractual, para que con fines estadísticos procesen, conserven, verifiquen, consulten, suministren, reporten o actualicen cualquier dato personal a: * cualquier persona que represente los derechos de Foncolseguros. 3. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Declaro que conozco las finalidades para las cuales serán tratados mis datos personales, en especial las siguientes: *el trámite de mi solicitud de vinculación como consumidor financiero, deudor o contraparte contractual; * el proceso de negociación de contratos con FONCOLSEGUROS; * la ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre; * el control y la prevención del fraude; * controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integrada; * la elaboración de estudios técnicos - actuariales, estadísticas, encuestas y análisis de tendencias del mercado. 4.AUTORIZACIÓN EXPRESA CON TRANSFERENCIA DE DATOS: De conformidad con lo previsto en la Ley Estatutaria 1581 de 2012, “Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales”, y con el Decreto 1377 de 2013, “Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 1581 de 2012”, autorizo, como titular de mis datos personales, que éstos sean incorporados en una base de datos responsabilidad de FONCOLSEGUROS. De igual modo, autorizo la transferencia de mis datos a terceras entidades, cuyo objeto social sea con la finalidad específica de contribuir al Bienestar del Asociado y su Familia. 5. DERECHOS: Asimismo, declaro haber sido informado que puedo ejercitar los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre mis datos, mediante escrito dirigido a FONCOLSEGUROS a la dirección de correo electrónico: fondocolseguros@hotmail.com, indicando en el asunto, el derecho que desea ejercitar; o mediante correo postal remitido a la dirección Carrera 13A No.29 24 piso 11 Norte Torre Allianz de la ciudad de Bogotá D.C. 6. JURAMENTO: Bajo la gravedad del juramento, manifiesto que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable, autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada, sin limitación alguna, me obligo a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que un servicio lo amerite.

7. DECLARACION DE ORIGEN Y DESTINACION DE LOS FONDOS:

Bajo la gravedad de juramento y actuando en nombre propio realizo la siguiente declaración de origen y destinación de recursos a FONCOLSEGUROS, con el fin de cumplir con las disposiciones señaladas en su Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo:

a. Declaro que los activos, ingresos, bienes y demás recursos provienen de actividades legales conforme a lo descrito en mi actividad y ocupación.

b. No admitiré que terceros vinculen mi actividad con dineros, recursos o activos relacionadas con el delito de lavado de activos o destinados a la financiación del terrorismo.

c. Eximo a FONCOLSEGUROS, de toda responsabilidad que se derive del comportamiento o el que se ocasione por la información falsa ó errónea suministrada en la presente declaración y en los documentos que respaldan o soporten mis afirmaciones.

d. Autorizo a FONCOLSEGUROS, para que verifique y realice las consultas que estime necesarias con el propósito de confirmar la información registrada en este formulario.

e. Los recursos que utilizo para realizar los pagos e inversiones en FONCOLSEGUROS tienen procedencia lícita y están soportados con el desarrollo de actividades legítimas.

f. No he sido, ni me encuentro incluido en investigaciones relacionadas con Lavado de Activos o Financiación del Terrorismo.

g. Estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente la información que solicite la entidad por cada producto o servicio que utilice, suministrando la información documental exigida por FONCOLSEGUROS para dar cumplimiento a la normatividad vigente.

8. PARA USO EXCLUSIVO DE FONALLIANZ

Firma del Funcionario de FonAllianz

Observaciones:

Nombre

C.C.

Certifico que la entidad y los datos del solicitante fueron diligenciados y verificados en mi presencia en la fecha de la solicitud y que el cliente cumple con las políticas de aceptación y margen de tolerancia cero de la Compañía.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO